

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Ушакова А. С.

Науковий керівник: Мятіга О. М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

nastha051@gmail.com

Вступ. Ендопротезування суглобів є ефективним і часто єдиним способом відновлення втраченої функції кінцівки. В силу анатомо-біомеханічних особливостей кульшового суглоба, його ушкодження відносяться до найбільш складної патології опорно-рухового апарату, корекція якої вимагає глибоких знань нормальної і патологічної анатомії, високої хірургічної майстерності ортопеда та повноцінної відновної реабілітації пацієнта. У зв'язку з розширенням показань до таких операцій у все більш складних пацієнтів для тотального ендопротезування кульшового суглоба важливим є вдосконалення конструкцій штучних суглобів. До теперішнього часу розроблено широкий спектр ендопротезів кульшового суглоба.

Мета дослідження. Розглянути питання ефективності фізичної терапії при ендопротезуванні кульшового суглоба.

Матеріали та методи. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу сучасних джерел інформації.

Результати дослідження. Ендопротезування суглобів – це сучасний високотехнологічний і ефективний метод операційного лікування уражень суглобів різної етіології. Маючи широкі функціональні можливості, кульшовий суглоб зазнає значних динамічних та статичних навантажень, забезпечуючи рухову активність людини. При розвитку патології в суглобі виникають тяжкі функціональні розлади всієї нижньої кінцівки, що призводить до порушень в усьому опорно-руховому апараті.

Фізична терапія після ендопротезування кульшового суглоба є важливим і тривалим процесом. Саме від пацієнта залежить чи зможе повернутися він до звичного способу життя. Велика увага у фізичній терапії приділяється як моральній, так і фізичній підготовці пацієнта до ендопротезування.

Відновлювальне лікування після операції включає: фізичну терапію, руховий режим, фізіотерапевтичні процедури, масаж, дозовану ходьбу, дотримання правильного режиму навантаження на оперовану кінцівку, тренування навичок по самообслуговуванню.

У програмі відновного лікування виділено 4 періоди:

- 1 – передопераційний;
- 2 – ранній післяопераційний;
- 3 – пізній післяопераційний;
- 4 – відновлювальний.

Цілі передопераційного періоду: покращити крово- та лімфообіг, укріпити м'язи верхнього плечового поясу, покращити психоемоційний стан, профілактика застійних явищ з боку серцево-судинної, дихальної та травної системи. Засоби фізичної терапії: дихальні вправи, загально-розвиваючи, вправи ізометричному та ізотонічному режимах для верхніх кінцівок та здорової ноги.

Цілі раннього післяопераційного періоду: профілактика ранніх післяопераційних ускладнень; підготовка до вертикального положення; покращення трофіки оперованої

кінцівки, прискорення розсмоктування крововиливів на місці рани для запобігання осифікації м'язів; профілактика контрактури в оперованому суглобі; рання активізація пацієнта, підготовка оперованої кінцівки до підвищених навантажень після оперативного втручання.

Ранній післяопераційний період фізичної терапії починається на другий день після оперативного втручання. Фізичний терапевт надає необхідну інформацію щодо позиціонування прооперованої кінцівки та тулуба. Після операції із заміни кульшового суглоба пацієнт повинен:

- спати кілька ночей після операції тільки на спині;
- не робити різких поворотів або обертів прооперованою ногою;
- не схрещувати ноги;
- не згинати прооперовану ногу під кутом більше 90 градусів;
- регулярно виконувати вправи для відновлення кровообігу тощо.

Прооперовану кінцівку зразу ж після операції укладають з відведенням та розміщують між ногами клиновидну подушку. Призначаються терапевтичні вправи: статичні та динамічні дихальні вправи, вправи для дистальних відділів прооперованої нижньої кінцівки, вправи для верхнього плечового поясу за допомогою балканської рами. На другу добу після операції призначається комплекс вправ більш розширений, який виконується 5-6 раз на добу по 6-10 хвилин, постійно збільшуючи кількість вправ і час виконання, доводячи до 17-20 хвилин і до 6-9 разів на добу. Через добу пацієнта активізують за рахунок положення сидячи та дозованої ходьби біля ліжка із засобами для додаткового пересування. На 3-4 добу фізичний терапевт навчає пацієнта повертатися на здоровий бік, на рівні колінних суглобів укладають ортопедичну подушку. Подушкою пацієнт користується під час повороту на бік до двох місяців. З 4-5 доби фізичний терапевт навчає пацієнта повороту на живіт через здоровий бік. З цього положення призначаються згинання і розгинання в колінному суглобі прооперованої ноги.

Цілі пізнього післяопераційного періоду: відновлення рухливості та функцій прооперованого суглоба; боротьба з м'язовою атрофією, тугорухливістю у прооперованому суглобі; функціональне тренування (тренування рухових умінь та навичок); навчання пацієнта ходьбі на милицях по сходах.

Засоби пізнього післяопераційного періоду: пасивні, активно – пасивні й активні рухи в прооперованій кінцівці з поступовим збільшенням амплітуди та темпом виконання терапевтичних вправ; вправи з невеликим обтяженням й опором; вправи в теплій воді, басейні; вправи на механоапаратах тощо.

Цілі відновлювального періоду: повне відновлення функцій прооперованої кінцівки; ліквідація залишкових порушень після ендопротезування; відновлення навичок правильної постави та ходьби; функціональне тренування (тренування рухових умінь та навичок).

Засоби відновлювального періоду. Цілі в цьому періоді вирішуються за допомогою фізичних терапевтичних вправ з предметами і без них з максимальною амплітудою рухів; зі снарядами та на снарядах; вправ на пасивне й активне розтягнення тканин, що обмежують рухливість у прооперованому суглобі; вправ у басейні; елементів спорту (плавання, ходьба, ходьба на лижах, їзда на велосипеді, катання на ковзанах, біг тощо).

Висновки. На даний час важливою ортопедичною проблемою є післяопераційне відновне лікування пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба. Методики відновного лікування після встановлення ендопротеза здійснюється за чотирма періодами фізичної терапії, на яких вирішуються цілі та застосовуються терапевтичні вправи щодо відновлення функцій нижньої

кінцівки. Таким чином, проблема відновлення пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу залишається однією з актуальних в ортопедичній патології.

ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДИСЛІПІДЕМІЮ

Федорченко Д. М.

Науковий керівник: Кононенко А. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

anna.v.kononenko@gmail.com

Вступ. Дисліпідемія є важливим фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), основної причини смертності у світі. У Європі ССЗ є причиною понад 4 мільйонів смертей на рік, приблизно 45% від загального кількості. Дисліпідемія охоплює широкий спектр аномалій ліпідів, а не лише факт наявності підвищеного загального холестерину та ліпопротеїнів низької щільності. Лікування пацієнтів, що мають дисліпідемію виправдане, якщо вони мають будь-які аномалії ліпідів, включаючи вторинну профілактику серцево-судинних подій і лабораторне підтвердження гіперхолестеринемії, гіпертригліцеридемії або обох. Недотримання режиму лікування – серйозна і складна проблема. Прихильність до лікування визначається як поведінка, при якій пацієнт дотримується узгоджених рекомендацій його лікаря, щодо прийому ліків, дотримання дієти та зміни способу життя. Прихильність залежить від кількох змінних: самого стану захворювання, призначеної схеми лікування, соціальних та культурних особливостей пацієнта, а також факторів, пов'язаних з системою охорони здоров'я (доступність, адекватність та відповідність медичних послуг). Перелічені фактори можуть доповнюють один одного та взаємозалежні для результату. Близько половини пацієнтів не приймають ліки відповідно до призначення лікаря, що суттєво впливає на ефективність лікування. Крім того, у контексті серцево-судинних патологій недотримання лікарських рекомендацій пов'язане зі значним збільшенням частоти серцево-судинних захворювань та вищими економічними витратами, обумовленими почастищенням госпіталізацій та підвищенням навантаження на систему охорони здоров'я, так як останнє призводить до зростання суми витрат на лікування пацієнта. Вкрай важливо вжити заходів для покращення прихильності до лікування саме у пацієнтів з дисліпідемією. Ризик недотримання залежить від декількох факторів, а здатність передбачити цей ризик є важливою допомогою для кращого коригування персоналізованого підходу до прийняття рішень. Пацієнти з передбачувано вищим ризиком недотримання прихильності виграють від кращої уваги та більшого втручання для її покращення, таким чином краще контролюється дисліпідемія та, як наслідок, серцево-судинний ризик. Тому важливо вчасно визначати та краще коригувати групу пацієнтів із вищим ризиком недотримання режиму лікування.

Мета дослідження. Виявлення детермінант неприхильності до лікування у пацієнтів з дисліпідемією.

Матеріали та методи. В досліді взяли участь 42 пацієнта: 23 жінки та 19 чоловіків у віці від 18 до 71 року (середній вік склав $40,32 \pm 13,45$). В дослідженні був використаний соціологічний метод «прямого питання», який достатньо широко використовується для вивчення прихильності до лікування різних груп пацієнтів. Для проведення опитування була створена google-форма, яка складалася з загальних питань (вік, стать, освіта, шкідливих